

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CÉSARIENNE BASSE
DANS
L'INFECTION AMNIOTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 16 décembre 1935

PAR

Louis-Don-Ignace-Joseph-Marie BÉRÉNI

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à TOULON (Var), le 19 mars 1910

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PÉRY, professeur.....	
		FAUGÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CÉSARIENNE BASSE
DANS
L'INFECTION AMNIOTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 16 décembre 1935

PAR

Louis-Don-Ignace-Joseph-Marie BÉRÉNI

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à TOULON (Var), le 19 mars 1910

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.....	<i>Juges.</i>
		PÉRY, professeur.....	
		FAUGÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE,
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.....	C. SIGALAS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Médec. co oniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et lin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	N.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Ob-tétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie.....	DESPONS.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DE GRAILLY.	Physique médicale.....	WANGERMEZ.
id.....	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Physiologie.....	FABRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	WANGERMEZ.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Botanique.....	GIRARD.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale.....	DERVILLÉE.
Puériculture.....	FAUGÈRE.	Bactériologie.....	MOUREAU.
Pharmacie chimique.....	VITTE.		
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE — A MA MERE

Vous vous êtes imposé pour moi les sacrifices les plus lourds. Que ce modeste travail soit pour vous un faible témoignage de ma grande tendresse et de ma reconnaissance infinie, au moment où se trouve atteint mon but le plus cher.

A MA MARRAINE

Elle m'a toujours témoigné une tendresse maternelle. Jamais je ne pourrai lui rendre, en dehors de ma grande affection, tout le bien qu'elle m'a fait.

Je lui dédie cette thèse en témoignage de ma vénération.

A MA SOEUR

En gage de profonde affection.

A MES ONCLES ET TANTES

MEAE ET AMICIS

A MES AMIS

LES DOCTEURS ARNAUD ET TRUC (de Toulon)

CALVARY

Médecin de la marine,

BERTHON ET ROUQUETTE

Médecins des Troupes coloniales.

A MES CAMARADES

DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PERY

Chef de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine.

Il nous a guidé dans notre tâche par
ses conseils éclairés. Nous ne saurions
lui prouver assez notre sincère gratitude.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchement,
Accoucheur des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Il nous a suggéré l'idée de cette thèse.
Qu'il soit remercié pour le très grand
honneur qu'il nous a fait d'en accepter
la présidence.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CÉSARIENNE BASSE
DANS
L'INFECTION AMNIOTIQUE

INTRODUCTION

Peut-on pratiquer la césarienne basse sans danger pour la mère lorsque le contenu de l'utérus est infecté ? Nous avons essayé dans ce travail d'étudier les résultats qu'a donnés cette opération dans les hôpitaux de Bordeaux toutes les fois qu'on l'a utilisée dans les cas d'infection. Pour ce faire, nous avons relevé toutes les observations de femmes opérées alors qu'elles présentaient au moment de l'intervention une température supérieure à 37°3. On nous objectera que ce signe n'est pas un critère suffisant, et que bien souvent des femmes opérées sans température présentaient déjà un certain degré d'infection latente, qui s'est traduit par des accidents dans les suites de couchés.

Mais ce que nous avons voulu étudier ici, ce ne sont pas les cas douteux ou légèrement infectés, dans lesquels la césarienne basse trouve une indication qu'on ne lui discute plus beaucoup.

Ce sont les cas franchement infectés qui nous ont intéressé. Et la température dans ces cas est un signe de grande valeur, qui ne manque jamais.

La discussion est grande sur la conduite à tenir dans de telles circonstances. De nombreuses techniques se partagent l'avis des accoucheurs. Laquelle est la bonne ? La césarienne basse, malgré de nombreuses statistiques favorables, est généralement considérée comme dangereuse. A Bordeaux, elle a été utilisée dans de nombreux cas où la septicité était grande.

Ce sont ces cas que nous avons rapportés. Nous verrons si leur étude nous permet d'étendre aussi loin les indications de cette opération.

Nous ferons dans une première partie une étude rapide de l'infection amniotique, de ses facteurs étiologiques et cliniques, de son pronostic et de son traitement.

Dans la seconde partie, après une étude de la valeur de la césarienne basse dans les cas infectés, nous publierons nos observations. Nous tirerons de ces observations les commentaires et les conclusions qui s'imposent.

Nous ne saurions commencer ce travail sans remercier tous ceux qui nous ont aidé dans l'accomplissement de notre tâche.

Le Docteur Balard nous a reçu avec bienveillance et nous a fait bénéficier de sa grande expérience. Qu'il reçoive ici toute notre gratitude.

C'est le Docteur G. Péry qui a été notre guide dans l'élaboration de cette thèse. Il nous a aidé de ses précieux conseils, ne nous ménageant ni sa peine, ni son temps. Nous ne saurons jamais trop le remercier.

M. le Professeur Andérodias nous a donné l'idée de cette thèse. Nous avons pu apprécier dans un stage, hélas ! trop court toute la valeur de son enseignement. Nous l'assurons ici de toute notre respectueuse reconnaissance.

PREMIÈRE PARTIE

L'INFECTION AMNIOTIQUE

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION — ETIOLOGIE

I. — *Définition.*

On entend par infection amniotique l'infection qui se produit quand, les membranes étant rompues et la femme déjà en travail, des germes pénètrent dans le liquide amniotique.

Peut-il y avoir infection avec intégrité de l'œuf ?

Expérimentalement, ce fait a pu être démontré (Gaspardi). Mais il ne semble pas que cliniquement on puisse admettre cette hypothèse. On a publié quelques observations dans lesquelles les cultures ont mis en évidence la présence de germes. Risacher (thèse Paris, 1928) l'a trouvée dans 25 p. 100 des cas où les membranes étaient intactes.

L'intégrité des membranes pendant le travail ne nous donne donc pas une certitude absolue de la stérilité de l'œuf.

Ce qui conditionne l'apparition de l'infection, c'est la durée du travail. Risacher a trouvé le liquide amniotique stérile dans tous les cas où il n'existait pas de signes de travail. Cela tient à l'existence du bouchon muqueux qui obture l'orifice du col. Il forme une barrière efficace à la pénétration des germes. Au moment de son effacement, ceux-ci pénètrent alors aisément dans la cavité utérine.

Le rôle de la rupture des membranes ne serait donc pas primordial. Avant toute chose, il faut que la femme soit en travail. Si à ce moment l'œuf est encore intact, les risques d'infection sont évidemment réduits dans de notables proportions, mais ils subsistent quand même.

Pour nous résumer, nous pensons que pour qu'il y ait infection amniotique deux conditions doivent être requises :

la rupture de la poche des eaux;
et les signes du travail,

II. — *Étiologie.*

Les facteurs étiologiques de l'infection amniotique sont : les dystocies, la durée du travail, la rupture des membranes et l'infection des voies basses.

Les dystocies. — Les dystocies sont les causes les plus nombreuses d'infection. C'est la longueur souvent très grande du travail qui en est la principale raison. Pour vérifier la marche de l'accouchement, on se livre à de nombreux touchers qui, hors de l'hôpital, sont le plus souvent septiques. Ajoutons à cela la rupture prématurée des membranes, spontanée ou artificielle, et les tentatives bien souvent laborieuses d'extraction par voie basse.

La durée du travail. — Un travail prolongé met la femme en état de moindre résistance et la rend très sensible à l'infection. De plus, il y a souffrance fœtale et expulsion du méconium, favorisant le développement de celle-ci.

La rupture prématurée des membranes. — C'est là un facteur très important qu'on ne saurait négliger malgré les opinions de quelques auteurs. Nous avons dit plus haut que dans un petit nombre de cas où les membranes étaient intactes, on a pu déceler un certain degré d'infection. Mais pour cela il fallait un début de travail. Et d'ailleurs ces cas sont en petit nombre, et nous pouvons pratiquement les négliger. C'est surtout en fonction du temps et du degré de

dilatation du col que l'on peut apprécier la gravité de ce facteur. Plus on attend, plus la mortalité et la morbidité s'en ressentent. Le liquide amniotique à réaction alcaline et à température voisine de 37 degrés est un excellent milieu de culture. Daniel, de Bucarest, a montré que deux heures après la rupture des membranes on trouvait, dans 5 cas sur 10, les germes du vagin dans la cavité de l'œuf.

Si donc l'intégrité de l'œuf n'est pas une certitude absolue de stérilité du liquide, son ouverture est une condition majeure de l'infection.

Les infections des voies basses, et spécialement l'infection gônococcique, sont aussi une cause d'infection non seulement par la propagation directe des germes, mais aussi en ce qu'elles favorisent la rupture prématurée des membranes (Winckel).

Nous ajouterons à ces causes le nombre et l'origine des touchers. Le chirurgien devra toujours se méfier des touchers faits à doigt nu à la campagne, ou avec un doigtier plus ou moins stérile.

Les tentatives d'extraction par voie basse sont plus graves encore. Elles exaltent la virulence des germes saprophytes et peuvent non seulement faire pénétrer ces germes dans l'utérus, mais encore, si l'asepsie n'est pas parfaite, amener des microbes exogènes.

Toutes ces causes peuvent se trouver isolément, mais bien souvent, comme dans les dystocies, c'est à la rencontre de plusieurs d'entre elles que nous devons l'infection.

Au point de vue bactériologique, aérobies et anaérobies peuvent se rencontrer. Mais c'est le streptocoque qui semble être le plus souvent en cause. Mais de nombreux autres germes peuvent intervenir, et il y a souvent des associations polymicrobiennes.

CHAPITRE II

TABLEAU CLINIQUE

Les signes objectifs de l'infection sont : la température, le pouls, les modifications du liquide amniotique et la physométrie. L'état général est plus ou moins atteint, suivant le degré de l'infection.

LA TEMPÉRATURE. — C'est le signe sur lequel nous pouvons nous baser avec le plus de certitude. On la rencontre dans la grande majorité des cas. Mais elle n'est pas absolument constante, et on a cité plusieurs cas dans lesquels, bien que les membranes aient été rompues depuis longtemps, elle faisait défaut. Elle n'est pas, en général, très élevée. Les températures de 40 et 41 degrés sont exceptionnelles, et pour notre part nous ne les avons jamais rencontrées dans les nombreux cas que nous avons recueillis dans les hôpitaux de Bordeaux.

Généralement, on a affaire à des températures oscillant autour de 38 degrés et pouvant dépasser 39 degrés.

Mais cette température que nous rencontrons si souvent, peut-elle nous autoriser à porter un diagnostic d'infection et d'en déterminer le degré ? Nous ne croyons pas que l'on puisse, d'une façon formelle, déterminer le degré de l'infection, grâce à elle. Si, en présence d'une telle température, nous pouvons à peu près sûrement porter le diagnostic d'infection, son absence ne peut nous autoriser à écarter de nous l'idée d'infection, car les cas sont assez nombreux où, en dehors de toute température, l'infection évoluait à bas bruit pour éclater avec violence peu après.

Néanmoins, la température est un guide sûr pour faire le

diagnostic d'infection, et c'est sur elle que nous nous sommes basé dans la recherche de nos observations. C'est le facteur le plus fidèle que nous ayons pour apprécier l'infection.

LE POULS. — Il peut être à peine accéléré dans les formes légères ou dépasser 100 pulsations à la minute dans les formes graves. C'est un signe moins fidèle que le précédent, car, pendant le travail, le pouls s'accélère normalement de 3 à 6 pulsations, d'après Daniel, jusqu'à 13 et 20 pendant les contractions efficaces.

MODIFICATIONS DU LIQUIDE AMNIOTIQUE. — Ces modifications n'existent pas toujours ou peuvent ne pas être perçues par l'accoucheur.

Cependant, elles peuvent être un excellent symptôme d'infection. Elles portent sur la coloration et l'odeur du liquide. Normalement, le liquide amniotique est blanc laiteux. Dans les cas d'infection, ce liquide peut devenir successivement jaune verdâtre et même vert noirâtre dans les cas graves. Mais nous avons relevé des cas dans lesquels, malgré la température, nous n'avons pas trouvé mention du changement de coloration du liquide.

Souvent, l'infection peut être décelée par l'odeur fétide du liquide. M. le Docteur Balard nous a cité un cas dans lequel il a pu faire le diagnostic d'infection dès l'ouverture de l'abdomen, par son seul odorat. C'est généralement quand le travail dure longtemps, avec membranes rompues, que l'on peut le plus facilement constater ce signe.

La fétidité du liquide a été signalée par Krönig dans 19 cas sur 21 de fièvre de travail, et dans 40 p. 100 des cas par Hum. Nous l'avons rencontrée aussi dans plusieurs de nos observations.

PHYSOMÉTRIE. — Dans les cas graves, on peut trouver de la physométrie. Elle est caractérisée par la présence de gaz dans l'utérus et se traduit cliniquement par le signe du tympanisme utérin. Elle peut être précédée ou non de putréfaction fœtale. Parfois, les prodromes consistent en une légère élévation thermique précédant les signes graves;

d'autres fois, c'est un frisson avec élévation thermique considérable et brusque qui ouvre la scène (Grosse).

En refoulant la présentation, il y a issue de gaz fétides s'échappant avec bruit. Le fœtus peut être atteint par la putréfaction. Dans ce cas, fœtus mort, l'infection est encore plus forte et plus rapide : signes généraux intenses; frissons, température à 40 degrés, pouls petit, rapide, filiforme, facies altéré, langue rôtie; la malade est en proie à une vive anxiété et présente alternativement des phases d'adynamie et d'agitation.

Peut-on à l'aide de ces différents signes se faire une idée du degré réel de l'infection ? Oui, dans certains cas, mais pas dans tous.

Souvent, on suppose un cas peu infecté, et, en réalité, c'est le début d'une septicémie mortelle.

Il y a des cas qui provoquent de pénibles surprises opératoires, dans lesquels, malgré une température modérée et un état général satisfaisant, des microbes très virulents peuvent se trouver dans l'utérus.

On incrimine alors les fautes de technique, alors que c'est sur le foyer de l'intervention qu'il faut chercher les raisons de l'insuccès.

Il n'existe donc pas de signes sur lesquels on puisse vraiment s'appuyer en toute sécurité. Il faut donc accepter le risque s'il n'est pas trop considérable, et l'éviter s'il est trop grand. Nous allons voir parmi les différents traitements quel est celui qui est susceptible de nous donner le plus de satisfaction dans la majorité des cas.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Nous n'avons pas l'intention, dans ce chapitre, de faire une étude approfondie de tous les moyens qui s'offrent à nous pour traiter l'infection amniotique. Ce serait dépasser le cadre de notre sujet.

Nous passerons une simple revue des différentes méthodes, pour nous arrêter sur les interventions par voie haute, qui nous intéressent plus spécialement.

I. — *Traitement par voie basse.*

Un principe est admis par tous les auteurs, dans les cas d'infection amniotique, il faut vider l'utérus le plus rapidement possible; aucune discussion à ce sujet, mais là où on n'est plus d'accord, c'est lorsqu'il s'agit de savoir quelle méthode employer. Si la dilatation est complète, une application de forceps dans l'excavation terminera l'accouchement. Mais la dilatation est rarement complète, elle est plus souvent à peine commençante quand l'infection amniotique se produit. Peu à peu, le col s'œdématie et présente cet anneau rigide que Tarnier comparait si judicieusement à du cuir trempé dans de la graisse. Il faut alors terminer la dilatation, mais comment ? La méthode de Bonnaire, qui peut, à la rigueur, être employée pour compléter une dilatation déjà très fortement avancée chez une multipare, ne peut pas prétendre partir d'une dilatation de 50 centimètres, pour arriver jusqu'à dilatation complète chez une primipare. Ce n'est pas une dilatation que l'on fait, mais une dilacération; de multiples petites déchirures se produisent, qui n'auront que trop de tendance à se propager jusqu'au segment inférieur.

La rachianesthésie n'est pas non plus exempte d'inconvé-

nients. Nous ne parlerons que pour mémoire des dilatateurs métalliques de Tarnier, de Bossi, instruments aveugles et qui ne donnent, suivant l'expression de Bar, que des dilatations incomplètes en quartier d'orange.

Le ballon de Champetier n'est plus guère employé. C'est un dilataleur, ou plutôt un excitateur, mais si on peut espérer voir une dilatation se compléter, c'est un procédé lent, et qui va à l'encontre du but que nous nous proposons.

Aussi, Durhssen a-t-il proposé, puisque les déchirures faites par les doigts ne peuvent être dirigées, de sectionner franchement le col avec les ciseaux qui portent son nom. Ce sont les grandes incisions du col à la Durhssen, qui ne peuvent cependant être faites que lorsque les conditions suivantes sont réunies : col déjà légèrement dilaté, tête profondément engagée, culs-de-sac profonds, toutes règles certifiées par Cathala.

Entre des mains exercées, cette technique d'incision du col, suivie le plus souvent d'une application de forceps, donne d'excellents résultats et a pour heureux corollaire de ne pas diminuer la valeur contractile du col pour un accouchement ultérieur.

Il n'est pas étonnant de penser que devant la carence des moyens de dilatation on ait songé à une autre façon de tourner le problème. Puisqu'il est difficile, et souvent impossible, de vider l'utérus par voie basse, il était logique de s'adresser à la voie haute.

C'est cet autre moyen de traitement que nous allons maintenant étudier.

II. — *Traitement par voie haute.*

Dans le cas d'une femme en travail depuis un certain temps, membranes rompues et présentant de la température, quelles sont les interventions par voie haute que nous pouvons utiliser ?

Il y a quelque temps, l'hésitation n'était pas possible. Dans

de telles conditions, on pratiquait systématiquement une opération mutilatrice.

Avant les travaux de l'ère pastorienne, les résultats donnés par la césarienne étaient déplorables. La mortalité était effroyable et les accoucheurs hésitaient à pratiquer cette intervention. Ils utilisaient de préférence les méthodes d'extraction par voie basse : forceps, version, embryotomie, etc.

Avec les découvertes de Pasteur et l'asepsie, on arrive à délimiter les cas purs des cas impurs. C'est à partir de ce moment qu'on préconise un grand nombre de techniques applicables dans les différents degrés de l'infection.

Ce sont elles que nous allons passer en revue, nous réservant de faire par ailleurs une étude approfondie de la césarienne basse, d'après les cas que nous avons relevés à Bordeaux.

La césarienne haute.

Si la césarienne haute donne d'excellents résultats dans les cas purs, elle est absolument condamnable dans les cas infectés. Et cela malgré les diverses modifications apportées à sa technique dans le but de protéger le péritoine contre l'infection.

La césarienne haute a été parfois pratiquée dans des cas douteux. On a pu avoir quelques bons résultats, mais Couvelaire a dit « qu'on jouait la vie de la femme sur un coup de dés ».

Pourquoi cette opération ne convient-elle pas aux cas infectés ?

Ce qui importe le plus dans ces cas, c'est la protection du péritoine. Or, l'infection peut être primitive ou secondaire.

L'infection primitive est celle qui survient au moment de l'ouverture de la cavité utérine déjà infectée. Les liquides septiques s'échappant de la plaie vont souiller le péritoine utérin, et parfois même celui de la grande cavité.

On a préconisé de nombreux moyens d'éviter cette souillure primitive. Aucun ne s'est montré bien favorable. La protection de la grande cavité est très difficile. De plus, malgré l'extériorisation de l'utérus, l'emploi de compresses péritonéales, l'utérus une fois vidé se rétracte, s'affaisse et les anses intestinales apparaissent. Si donc le liquide amniotique n'est pas stérile, la grande cavité sera infectée.

Il est aussi très difficile de se prémunir contre l'infection secondaire. La région où l'on opère, par sa contractilité, amène une désunion des sutures au travers desquelles filtre le liquide septique. Les contractions de l'utérus empêchent une coaptation parfaite des tranches musculaires et permettent la formation de petits hématomes, grâce au suintement sanguin, ce qui est une condition favorable à l'infection.

Les alternatives de contraction et de relâchement après l'accouchement favorisent la déhiscence de la suture et la nécrose des tissus au niveau des fils de suture. Le péritoine de la grande cavité se défend moins bien que celui de la cavité pelvienne. On est dans l'impossibilité, de plus, de créer un recouvrement péritonéal sur la ligne de suture, qui pourrait former une barrière vis-à-vis de l'infection secondaire.

Donc, les risques que court la femme dans ces conditions sont tels qu'ils nous font rejeter absolument cette opération.

« Ce n'est pas dans le perfectionnement de la technique qu'il faut chercher l'amélioration du problème de ces cas, mais dans un autre mode d'intervention. » (Couvelaire.)

Extériorisation de la cicatrice sur le corps.

Ce procédé a été créé pour rendre à la césarienne corporelle sa suprématie dans les cas infectés.

Kouwer, en 1921, au Congrès des gynécologues de langue française, explique son intervention :

« Contre l'infection primitive opératoire du péritoine, il n'y a qu'une méthode : c'est la méthode extrapéritonéale vraie, applicable presque dans tous les cas. J'y insiste.

Suturer la séreuse de la matrice par deux rangées de suture courante au péritoine pariétal, inciser l'utérus, suturer la plaie utérine ou non, selon les conditions et drainage. C'est ce que j'ai fait 5 fois avec 5 guérisons maternelles et 5 enfants vivants. Tout cela a un prix bien élevé, qui équivaut d'ailleurs à la conservation de 10 êtres humains. J'ai libéré ces matrices quelques mois plus tard par une autre laparotomie. J'ai été obligé de réséquer et de faire la plastie de l'utérus dans les cas où survenait une fistule utéro-pariétale. Deux de ces femmes ont accouché de nouveau, sans inconvénient résultant de la première opération. »

Cette intervention présente certains inconvénients (Engelhardt, thèse Paris, 1926) :

1° Elle se fait en deux temps;

2° Si l'infection utérine nécessite une hystérectomie secondaire, on éprouvera une grande difficulté à l'exécuter au voisinage d'une plaie infectée et largement ouverte.

Le procédé de Lestocquoy fut mis en usage en France par lui, en 1859. Il dérivait d'une méthode de suture proposée par Littré et exécutée par Pilore, en 1770. Cette méthode consistait à coudre les lèvres de la plaie faite à l'intestin à celles de l'incision abdominale. Dans le procédé de Lestocquoy, la suture utéro-pariétale précédait l'extraction du fœtus.

Cette technique, comme la précédente, a le gros inconvénient de favoriser la formation d'adhérences utéro-épiploïques ou viscérales, très gênantes en cas de césarienne itérative.

Extériorisation de l'utérus.

(OPÉRATION DE PORTES.)

Portes décrit cette opération, en 1924, pour répondre à la double indication suivante :

Extraire, quel que soit le degré de dilatation du col, un enfant vivant, en mettant rigoureusement à l'abri de l'infec-

tion la cavité péritonéale et le tissu cellulaire sous-péritonéal et, lorsque cette intervention est pratiquée dans des cas d'infection avérée, ne pas se trouver désarmé.

Sureau, dans sa thèse de Paris (1928), a fait une étude approfondie de cette intervention. Engelhardt l'avait déjà critiquée dans sa thèse de Paris (1926). En l'absence de toute documentation bordelaise, où cette opération n'est guère pratiquée (nous en avons relevé un seul cas à la Maternité de Pellegrin), c'est à ces deux travaux que nous emprunterons l'argumentation de ce paragraphe.

La technique est la suivante :

Premier temps. — Extériorisation de l'utérus et fermeture de l'abdomen avant que l'utérus ne soit ouvert.

Deuxième temps. — Réintégration de l'utérus dans le bassin, quand on est définitivement à l'abri de toute infection. Au contraire, si l'état général ou local de la malade l'indiquent : hystérectomie secondaire à la manière de Porro.

Nous n'entrerons pas dans le détail de cette technique, renvoyons pour cela à la thèse de Sureau.

Les résultats que l'on a publiés sont assez difficiles à interpréter. Les uns sont mauvais (27 p. 100 de mortalité, selon Ramos et Bazan), d'autres sont excellents. Si nous nous appuyons sur les statistiques de Portes et Sureau, nous voyons que la mortalité atteint respectivement 12 et 13 p. 100.

Couvelaire, en 1925, à la Société de gynécologie et d'obstétrique, rapporte 2 cas de morts sur 32 cas. Quelles sont les critiques que l'on peut adresser à cette intervention ?

En premier lieu, c'est une opération en deux temps, et il est difficile de la faire accepter en dehors de l'hôpital. La réintégration, d'après Brindeau, ne serait pas sans danger. Il existe une gêne circulatoire des pédicules utéro-ovariens, qui se traduit par l'œdème des annexes. Cette gêne pourrait favoriser la production d'une infection veineuse. De plus, le corps utérin, entièrement extériorisé, est exposé à s'œdématiser et à se couder. Ce désavantage est d'autant plus marqué que la paroi abdominale est mieux refermée sur l'isthme utérin.

D'autre part, si le passage est laissé large, il peut se produire un hiatus interutéro-abdominal.

Enfin, cette extériorisation du corps utérin entraîne une traction sur la vessie, qui peut être gênée dans son fonctionnement.

Et l'on peut aussi se demander quelle est la valeur d'une cicatrice utérine dans de telles conditions.

Comme le disait M. Brindeau, l'opération de Portes ne serait que l'intermédiaire entre la césarienne et l'hystérectomie. C'est une opération d'exception. On y aura recours dans les cas où l'infection utérine sera suffisamment atténuée pour pouvoir conserver l'utérus sans danger pour la femme.

La césarienne basse, dans ces cas, peut remplir à moins de frais les mêmes indications.

Nous en arrivons maintenant à l'étude des différents procédés de césariennes segmentaires utilisés dans les cas infectés.

CHAPITRE IV

CESARIENNE BASSE

Procédés anciens.

Il en existe de nombreux, mais à cette époque la notion d'infection n'influaît pas sur le choix d'une modalité. On cherchait avant tout à fixer la meilleure technique de la césarienne basse. Ces techniques étant aujourd'hui abandonnées pour la plupart, nous n'insisterons pas sur leur étude. Nous pouvons grouper ces procédés en deux groupes, suivant le mode d'abord du segment inférieur : le premier groupe comprend les procédés sous ou extrapéritonéaux ; le second, les procédés transpéritonéaux.

I. — Procédés extrapéritonéaux.

Ce sont ceux de Sellheim (décollement du cul-de-sac vésico-utérin par voie médiane), de Lazko, Döderlein, Freund (qui l'abordent latéralement), de Solms, Duhrssen, qui incisent par voie vaginale.

AVANTAGES. — Théoriquement, cette césarienne semble plus satisfaisante que la transpéritonéale, du fait que la zone opératoire est totalement en dehors de la grande séreuse, dont l'intégrité protège à la fois de la péritonite primitive due à la souillure du péritoine pendant l'intervention, et surtout de la péritonite secondaire. Cet avantage serait à considérer, et l'opération serait idéale dans les cas infectés s'il n'existait pas de multiples inconvénients.

INCONVÉNIENTS. — La technique est d'abord plus longue à

réaliser que celle de la césarienne transpéritonéale. Il se produit ensuite de nombreux accidents. Le plus fréquent est la déchirure du péritoine qui fait perdre tout le bénéfice de la méthode.

Cette déchirure peut se produire, soit au cours du décollement de la séreuse, c'est le cas le plus fréquent, soit au cours de l'extraction de l'enfant au niveau des endroits où le péritoine adhère le plus intimement aux tissus.

La vessie est aussi parfois lésée. Quant à l'hémorragie, certains auteurs la prétendent plus fréquente que dans les autres procédés. Elle serait liée à la blessure des plexus veineux vésico-vaginaux et, difficile à tarir complètement, serait une source d'hématomes. Quant aux accidents postopératoires, le danger de la péritonite n'est pas complètement écarté par ce procédé. La déchirure de la séreuse est une cause favorisante de l'infection généralisée.

Kustner (*Munch. Med. Wochenschr.*, 1909) cite un cas où, pendant le décollement du péritoine, la séreuse a été largement déchirée. Bien qu'on l'ait suturée avant l'extraction, la malade est morte de péritonite.

Néanmoins, cette éventualité est rare, mais elle n'en existe pas moins.

De plus, on note aussi la grande fréquence de l'infection secondaire du tissu cellulaire pelvien.

Pour toutes ces raisons, les partisans même les plus chauds de ces procédés les ont abandonnés pour la méthode transpéritonéale.

Nous les avons cités ici pour mémoire et pour signaler l'évolution des idées dans le traitement des cas infectés.

II. — Procédés transpéritonéaux.

Ils sont fort nombreux, mais diffèrent généralement assez peu.

La technique classique est celle de Krönig-Beck modifiée par Brindeau, qui est adoptée par la majorité des accou-

cheurs et qui est celle utilisée dans les hôpitaux de Bordeaux.

Nous l'étudierons en premier lieu et passerons ensuite en revue les variantes auxquelles elle a donné naissance pour son adaptation aux cas infectés.

Césarienne basse classique.

(TECHNIQUE DE KRÖNIG-BECK.)

Notre maître, le Professeur Andérodias, a décrit ce procédé dans son article de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* du 13 avril 1928. C'est de cet article que nous allons nous inspirer.

TECHNIQUE. — On fait une incision ombilico-pubienné. Mise en place d'une valve de Doyen, refoulant la vessie, au préalable complètement vidée, derrière le pubis. On ferme hermétiquement le champ opératoire à l'aide de compresses péritonéales. Puis, on incise le péritoine utérin transversalement à un ou deux travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin; cette incision s'étend d'un bord à l'autre de l'utérus. La lame inférieure du péritoine est alors décollée et, avec la vessie, refoulée en bas. Le tout est chargé par la valve pubienne. On fait de même en haut pour le feuillet supérieur. On se trouve alors en présence du segment inférieur largement et nettement exposé. On l'incise verticalement du haut en bas de la zone utérine mise à nu. On veillera à faire une incision assez grande afin que l'extraction de la tête soit plus aisée et surtout qu'il ne se produise pas, au moment de l'intervention, une déchirure irrégulière dont il sera difficile d'arrêter l'extension. Dès que l'œuf lui-même est incisé, le Professeur Andérodias se sert (et il a été le premier à en préconiser l'emploi) de l'aspirateur électrique. On aspire ainsi le liquide amniotique, qui, par son abondance, peut gêner l'opérateur, et, s'il n'est pas stérile, provoquer la contamination primitive de la grande cavité.

L'extraction de la tête se fait, soit au moyen d'un doigt

introduit dans la bouche, soit, si cette manœuvre est peu aisée, à l'aide d'une prise de forceps, ou mieux, ainsi que le fait M. le Professeur Andérodias, à l'aide d'une simple branche de forceps agissant comme un levier, ou plus simplement en passant la main sous la tête fœtale, on l'énuclée comme un noyau d'une cerise.

Sutures. — On suture le muscle utérin en deux plans, le premier à points séparés, le second avec un surjet. Le point le plus important est la suture du péritoine. Elle se fait aussi en deux plans. On réalise une double fermeture en paletot ou en redingote, très hermétique, qui assure une barrière efficace à l'infection.

La fermeture de l'abdomen se fait comme dans toute laparotomie. A ce sujet, le Docteur Mahon a montré les avantages de la suture en un plan dans les cas infectés ou simplement douteux (*Gyn. et Obst.*, 1933). Il a pratiqué ce mode de suture 25 fois sans échec depuis 1931, bien que quelques-uns des cas fussent extrêmement défavorables. Nous retrouverons d'ailleurs quelques-uns de ces cas dans les observations que nous publierons à la fin de ce travail.

Cette suture en un plan est le seul moyen d'éviter les supurations de la paroi si fréquentes après césarienne basse (25 p. 400 des cas dans la statistique du service de M. le Professeur Andérodias : Mirassou, thèse Bordeaux, 1933).

A côté de cette technique, il existe de nombreuses variétés, qui ont eu généralement pour but de perfectionner dans la défense contre l'infection.

PROCÉDÉS DE BAUMANN, FROMME, FRAIPONT, HIRST, etc.

Ces procédés consistent dans l'isolement de la zone opératoire par des sutures temporaires du péritoine pariétal au péritoine viscéral. On rétablit après l'intervention la disposition anatomique par suture d'adossement. On peut objecter à cette méthode que l'adossement des deux feuillets péritonéaux paraît insuffisant pour empêcher les microbes de la cavité utérine d'envahir la séreuse.

TECHNIQUE DE MICHON.

En octobre 1932, Michon a repris un procédé analogue. Incision longitudinale du péritoine pariétal et transversale du péritoine viscéral. On réunit les deux provisoirement par des pinces que l'on enlève après la suture utérine pour permettre la reconstitution anatomique du péritoine. Cette méthode ne s'adresse pas spécialement aux cas infectés, et vise surtout à éviter la péritonite primitive par contamination opératoire.

Franck et Sellheim ont préconisé de leur côté l'exclusion de la cicatrice d'une manière définitive.

VALEUR DE LA RECONSTITUTION APRÈS L'OPÉRATION DE LA DISPOSITION ANATOMIQUE DE LA SÉREUSE.

Ces procédés sont à rejeter, parce qu'ils n'excluent pas la zone opératoire durant les heures qui suivent l'opération. Aucun d'eux n'offre de garanties suffisantes contre l'infection. Ils n'utilisent, de plus, aucun drainage en cas de foyer à peu près certain d'infection.

Aussi, dès 1909 (Jeannin), on les dénonça comme insuffisants, et on leur préféra l'embryotomie ou l'opération de Porro.

Le procédé de Sellheim, qui préconise une extériorisation de la brèche utérine, pallie à ces inconvénients, mais présente les mêmes inconvénients que nous avons reprochés au procédé de Krouwer.

CÉSARIENNE SEGMENTAIRE CLASSIQUE AVEC DRAINAGE A LA MIKULICZ.

C'est J.-L. Faure qui conseilla ce procédé. Il consiste à appliquer un Mikulicz sur le péritoine du segment reconstitué qui, en plus du drainage, formerait une barrière suffisante pour protéger la grande cavité. Mais Couvelaire a démontré que cela ne saurait assurer une régression parfaite du fait de la rétraction de l'utérus, organe mobile,

MÉTHODE DE JEANNIN.

C'est la césarienne segmentaire avec exclusion du segment inférieur et Mikulicz. Cette opération a été réalisée pour la première fois à la Maternité de la Pitié en 1925 par le Professeur Jeannin. Merger en a fait une étude complète dans un article paru dans *Gynécologie et Obstétrique* de 1933.

Nous allons montrer brièvement en quoi consiste cette intervention.

Le principe est le suivant :

Incision segmentaire. Exclusion du segment inférieur avant l'hystérotomie, en suturant le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Maintenir cette exclusion après la fermeture utérine et placer un Mikulicz, qui drainera le liquide infecté.

Les résultats de cette opération seraient excellents d'après plusieurs auteurs. A Bordeaux, nous n'avons pas trouvé d'observations se rapportant à elle, et nous ne pouvons pas en discuter la valeur.

CHAPITRE V

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA CESARIENNE BASSE

I. — *Avantages.*

1° LA SITUATION DE L'INCISION ABDOMINALE.

Cette incision a le grand avantage de siéger dans une zone infiniment réssitante à l'infection. Le segment inférieur, par sa structure anatomique dépourvue de fibres contractiles, est une région « muette » où il se produit peu ou pas de contractions. On n'aura donc pas à craindre des tiraillements sur les points de suture, ce qui advient dans la césarienne corporeale, du fait de la structure du corps utérin.

De plus, l'incision intéresse la partie la moins vasculaire de l'utérus. Cependant, l'atonie du segment inférieur, du fait de l'absence de fibres contractiles, peut être cause d'hémorragie. Les plexus veineux situés dans la proximité du segment inférieur peuvent aussi être lésés. L'emploi de la rachianesthésie a diminué considérablement les risques d'hémorragie.

La longueur de l'incision est plus courte que dans la césarienne haute (10 centimètres au lieu de 16 environ), et elle est limitée à la région sous-ombilicale. L'épaisseur et le rapprochement des muscles grands droits dans cette région, la solidité des aponévroses, sont des conditions excellentes pour l'obtention d'une cicatrice résistante, qui écarte tout danger d'éventration.

2° PÉRITONISATION.

Elle est facile quel que soit l'état de l'utérus. Le péritoine, solidement adhérent à tout le reste de l'utérus, n'est que lâchement attaché au niveau du segment inférieur. On peut donc facilement pratiquer son décollement. Le double revêtement séro-séreux en redingote lutte efficacement contre l'infection secondaire de la cavité péritonéale. Les observations cliniques viennent à l'appui de cette assertion (Wal-thard signale un cas de déhiscence de la suture utérine avec large suppuration de la plaie opératoire. Le péritoine n'a pas été touché par le processus infectieux.

Couvellaire cite un cas de femme opérée de césarienne basse qui expulsa par le vagin des lambeaux de catgut et de paroi utérine et, redevenue enceinte, accoucha rapidement et spontanément de la façon la plus simple. MM. Andérodias et G. Péry ont publié en 1933 un cas identique.

Nous verrons que nos observations confirment cette façon de voir.

C'est donc un énorme avantage sur la césarienne classique.

L'infection primitive, plus rare, peut aussi être évitée.

Le Docteur Balard a montré qu'il est possible de protéger exactement avec des compresses la cavité péritonéale et d'éviter la souillure provenant du liquide amniotique infecté. L'usage de l'aspirateur électrique nous est aussi d'un grand secours, en ce qu'il nous débarrasse de ce liquide souillé, et qu'il nous permet une meilleure visibilité. On changera, de plus, de gants et d'instruments chaque fois que cela s'imposera.

3° LE CHOC OPÉRATOIRE.

Il n'existe pour ainsi dire pas dans la césarienne basse, alors que dans la césarienne haute on observait souvent cet état, qui traduisait les manipulations des anses intestinales et de l'épiploon, les tiraillements sur les mésos et sur les plexus nerveux de l'utérus.

L'absence de choc dans la césarienne basse s'explique par la suppression de ces manœuvres traumatisantes.

4° LA SUTURE UTÉRINE.

Elle est plus aisée que dans la césarienne haute à cause de la coaptation plus parfaite des lèvres de l'incision grâce à la minceur de ses bords.

La paroi du segment inférieur est aussi plus lâche et permet ainsi une suture en plusieurs plans. On fera donc plus facilement l'hémostase.

Enfin les adhérences à l'intestin et à l'épiploon sont rares du fait que les anses intestinales ne sont pas en contact après l'accouchement avec la suture utérine. Pratiquement, dans la césarienne basse, quand la rachianesthésie est bonne et que la malade ne pousse pas, on ne voit pas les anses grêles. La résistance de la cicatrice permet l'accouchement par les voies naturelles chez la femme ayant subi une césarienne basse antérieure.

Enfin, nous verrons plus loin que, grâce à l'épreuve du travail, la césarienne basse laisse à un grand nombre de femmes la possibilité d'accoucher spontanément.

II. — *Inconvénients.*

Pour certains auteurs, son exécution serait beaucoup plus difficile que celle de la césarienne corporéale. En réalité, on peut la faire aussi rapidement que celle-ci, et ses avantages suffisent à légitimer sa technique.

De plus, l'état de développement du segment inférieur joue un rôle important. Si le segment est insuffisamment formé, on sera parfois obligé d'agrandir l'incision sur le corps. On fait alors, à l'exemple d'Audebert, une césarienne segmento-corporéale.

Le péritoine peut être attiré jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision et couvrir la cicatrice dans sa partie corporéale.

Quant à l'hémorragie, nous avons vu que l'emploi de la rachianesthésie en a diminué considérablement les risques.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

VALEUR DE LA CÉSARIENNE BASSE DANS LES CAS INFECTES

En 1923, Schickelé écrivit : « Nous opérons malgré l'infection manifeste, frissons, fièvre, manœuvres opératoires préalables, écoulement fétide; l'hystérectomie a presque disparu. »

D'autres auteurs, parmi lesquels : Hofmeir; Wagner, de Prague (qui voit dans la fièvre une indication opératoire); Beutner, de Genève; Gaifami, etc., sont aussi de chauds partisans de la pratique de la césarienne basse dans les cas où le contenu de l'utérus est infecté.

D'autres auteurs, par contre, sont totalement opposés à cette façon de voir. Pour eux, la césarienne basse est une excellente opération dans les cas purs et dans les cas douteux, mais doit être résolument rejetée dans les cas d'infection sévère.

Les débats sont ouverts depuis longtemps entre ces deux écoles, et il est très difficile de porter un jugement tranchant nettement la question.

On a publié un grand nombre de statistiques de césarienne basse. La plupart du temps, les cas impurs dominent. Quels en sont en gros les résultats ?

En 1922, Brindeau publie une liste de 14 cas de césarienne basse comprenant 9 cas infectés.

Mortalité globale : 21,4 p. 100;

Mortalité dans les cas infectés : 33,3 p. 100 (3 décès : 1 par péritonite, 1 par occlusion intestinale, 1 par ictère chloroformique).

Davis trouve dans les cas infectés un taux de 33 p. 100.

Statistique de Winter 1929 (*Zentralb. f. gyn.*, 1929, n° 30).

Nous recueillons dans cette statistique les renseignements suivants :

Cas purs (afébriles) :

Césarienne basse (3.534 cas)	3,7 p. 100
Césarienne basse extra-périt. (304 cas) ..	6,7 p. 100
Césarienne haute (438 cas)	6,4 p. 100
Césarienne haute (Fritsche) (34 cas)	8,9 p. 100
Opération de Porro (120 cas)	6,7 p. 100

Cas fébriles (mortalité globale, 40 p. 100) :

Césarienne basse transpérit. (114 cas)	25 p. 100
Césarienne basse extrapérit. (25 cas)	30 p. 100
Opération de Porro (9 cas)	44 p. 100

Marassi, en 1923, publie une statistique de 1.166 cas où dominant les cas impurs : mortalité, 3 p. 100. Notre maître, le Professeur Andérodias, publie, en 1930, 60 cas qu'il a opérés de 1926 à 1930. Beaucoup de cas impurs (température à 38° et 39°). Pas de décès.

De 1923 à 1930, il a été pratiqué à la clinique Baudelocque 206 césariennes basses. Résultats globaux, 5 p. 100 de mortalité. Dans les cas suspects, 1 mort par péritonite sur 59. Dans les cas fébriles, 1 mort sur 11 (ictère grave au troisième jour).

Nous pourrions citer un grand nombre de statistiques. Nous nous en tiendrons là.

Nous voyons, parmi celles que nous avons citées, que quel-

ques-unes accusent un pourcentage de mortalité élevé, et que d'autres au contraire sont beaucoup plus favorables.

Nous remarquons aussi dans la statistique de Winter que c'est la césarienne basse qui accuse encore le taux le moins élevé de mortalité dans les cas fébriles, alors que le Porro accuse un pourcentage très élevé.

A quoi tient ce manque de concordance dans les résultats ? C'est, à notre avis, sur la difficulté qui existe dans la délimitation du degré de l'infection. Il existe : les cas suspects sans température, les cas avec température légère et enfin les cas franchement infectés.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui sur la valeur de la césarienne basse dans les cas suspects.

Les avis sont assez partagés dans la deuxième catégorie, mais la majorité incline pour l'emploi systématique de la césarienne basse dans de tels cas.

Enfin, pour les cas franchement infectés, la discussion est grande. Que doit-on faire ?

Nous avons relevé tous les cas fébriles de césariennes basses opérés à Bordeaux. Nous allons les étudier dans le chapitre suivant, puis nous tâcherons de voir quelle attitude nous pouvons adopter en face de pareils cas.

CHAPITRE II

ETUDE DE LA CESARIENNE BASSE DANS LES CAS INFECTES PRATIQUEE DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX

Nous avons relevé, tant à la Clinique obstétricale de l'Hôpital Boursier (Professeur Andérodias) qu'à la Maternité de l'Hôpital Pellegrin (Professeur Péry), tous les cas de césarienne pratiquée sur une femme présentant au moment de l'intervention une température supérieure à 37°5 depuis 1926.

Nous avons trouvé un total de 74 observations, se décomposant comme suit :

Hôpital Boursier, 38 cas;

Hôpital Pellegrin, 36 cas.

Le nombre total des césariennes basses faites dans ces deux hôpitaux s'est élevé à 475.

La mortalité maternelle générale a été de 23, soit un pourcentage de 4,8 p. 100.

La mortalité maternelle, dans les cas infectés, a été de 5, soit un pourcentage de 6,7 p. 100.

La mortalité foetale générale a été de 27, soit 5,4 p. 100.

La mortalité foetale, dans les cas infectés, a été de 6, soit 8 p. 100.

La mortalité, dans les cas infectés, a été la suivante :

32 opérations ont été suivies de phénomènes pathologiques.

Le pourcentage de morbidité est donc de : 43,2.

Les accidents des suites de couches ont été les suivants .

- Phlébite simple, 6;
- Phlébite à bascule, 2;
- Abcès de la paroi, 6;
- Phénomènes pulmonaires, 5;
- Angines, 3 dont 1 diphtérique;
- Lymphangite mammaire, 3;
- Abcès du sein, 1;
- Céphalées persistantes, 2;
- Pertes vaginales fétides, 1;
- Plastron péritonéal cédant rapidement, 1.

Les 5 cas de mortalité maternelle que nous avons relevés sont dus à :

- 2 septicémies dont 1 due au strepto-hémolytique;
- 1 péritonite;
- 1 phlegmon du ligament large;
- 1 myocardite.

Au point de vue du degré de l'infection que nous avons déterminé à l'aide de la température, nous distinguons 3 catégories :

1^{re} catégorie (température allant de 37°5 à 38°) :

46 cas (21 à Boursier, 25 à Pellegrin).

2^e catégorie (température allant de 38° à 38°5 compris) :

19 cas (11 à Boursier, 8 à Pellegrin).

3^e catégorie (température au-dessus de 38°5) :

9 cas (6 à Boursier, 3 à Pellegrin).

Température maximum observée au moment de l'intervention : 39°.

Mortalité :

1^{re} catégorie : 1.

37°7, myocardite (placenta praevia).

2^e catégorie : 3.

38°, septicémie;

38°3, phlegmon du ligament large;

38°4, péritonite;

3^e catégorie : 4.

38°7, septicémie suraiguë.

Nous publions maintenant quelques-unes de nos observations, que nous commenterons ensuite.

OBSERVATIONS

I. — *Hôpital Boursier.*

Année 1926.

OBSERVATION I (8 février).

(Professeur agrégé RIVIÈRE.)

*Césarienne basse pour résistance invincible de l'orifice externe
et souffrance fœtale.*

La malade arrive de la ville vers 18 heures, envoyée par sa sage-femme, parce que l'enfant perd du méconium. Dès le début du travail, les membranes se sont rompues spontanément vers 16 heures. Elle n'a subi qu'un examen vaginal avant son arrivée. On constate au toucher que le bassin est normal. La tête reste au niveau du détroit supérieur. Le col est complètement effacé et très difficilement accessible, très haut et en arrière. Son orifice externe est ouvert comme une grosse lentille : on sent nettement qu'il est circonscrit par un anneau très dur, inextensible, paraissant cicatriciel : la femme n'est cependant mariée que depuis huit mois, n'a jamais subi de traitement pour métrite cervicale et nie tout écoulement.

Malgré de bonnes contractions, le col garde les mêmes caractères. Vers 21 h. 30, en raison des signes de souffrance donnés par

le fœtus, dont les bruits du cœur sont très irréguliers et sourds, on décide d'intervenir. La malade a alors une température de 37°9. L'opinion du Professeur Rivière et du Docteur Lacouture est tout d'abord d'intervenir par des incisions du col. Mais après examen du col avec des valves, on constate que la profondeur exagérée du vagin, l'élévation de la tête, le mauvais éclairage, rendent l'intervention des plus hasardeuses pour la mère, et certainement mortelle pour l'enfant. On se décide alors pour l'opération suprasymphysaire, qui est pratiquée à 22 heures.

Opération. — Sans incident : Le péritoine décollé est fixé à l'incision cutanée par des pinces en cœur; on ne voit les anses intestinales à aucun moment; le fœtus est facilement extrait; il est couvert de méconium et difficilement ranimé; il portait un circulaire serré. Garçon de 3 kg. 620.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort de l'hôpital en bon état vingt-deux jours après.

Année 1927.

OBSERVATION II (2 avril).

(Docteurs RIVIÈRE et DENIS.)

Césarienne basse pour bassin rétréci. — Suites de couches fébriles.

— *Phlegmon du ligament large droit. — Colpotomie. — Décès maternel.*

I-pare de 23 ans. Bassin P. S. P. = 10,5. La malade entre en travail le 1^{er} avril. L'effacement se fait très lentement malgré des contractions énergiques et fréquentes. Dans l'après-midi du 2 avril, le Docteur Rudeaux, de Macau, constate que la dilatation reste stationnaire aux environs de 2 francs, et que la présentation demeure très élevée; il fait appeler le Docteur Rivière, qui voit la malade vers 21 heures. L'utérus est alors en contraction presque permanente, la malade est très agitée et fébrile, l'œuf est ouvert depuis cinq heures environ. La dilatation est comprise entre 2 francs et 5 francs. On constate que la tête, maintenue au détroit supérieur, est arrêtée par un promontoire distant de 10 cm, 5 du sous-

pubis; le transfert de la malade à Bordeaux est décidé en vue d'une césarienne.

A l'arrivée à la clinique, la température est de 38°3.

Opération. — Rachianesthésie. Incision sous-ombilicale, décollement du feuillet péritonéal vésico-utérin. Incision du segment inférieur; on tombe sur la tête, dont on est obligé d'aller chercher la bouche, qui est en arrière et à droite. Celle-ci est assez facilement ramenée en avant, mais extraction très difficile de la tête.

Suture de l'utérus, puis du péritoine, mise en place d'un Mikulicz au-devant de l'utérus, suture en trois plans. Ablation du placenta et des membranes aussitôt après l'extraction du fœtus; à ce moment, une hémorragie assez abondante se produit, arrêtée cependant facilement dès que l'utérus est vide.

Garçon de 3 kg. 250.

Suites opératoires. — Fébriles; le vingt-deuxième jour, ascension brusque du pouls à 145, et de la température à 39°8. Cette température reste élevée les jours suivants. Phlegmon du ligament large droit, colpotomie le vingt-septième jour. Décès le trentième jour.

Année 1929.

OBSERVATION III (14 août).

(Docteur M. RIVIÈRE.)

Césarienne basse pour kyste de l'ovaire prævia. — Septicémie suraiguë. — Décès quarante-huit heures après l'intervention. — Enfant vivant.

I-pare de 20 ans. Elle est amenée à la salle de travail par le Docteur Guilhermet; de Cenon, le 14 août à 14 heures, pour un engagement de la tête et tumeur prævia. La malade est entrée en travail la veille (pas de précisions). Rupture de la poche des eaux à 22 heures, liquide fortement teinté de méconium.

A son arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire six heures après la rupture des membranes, la malade est assez agitée. Température, 38°7. Pouls, 120.

L'examen montre un ventre normal. Les bruits du cœur sont

bons. Le toucher révèle une dilatation complète. La tête n'est pas engagée, on sent à bout de doigt une fontanelle derrière la symphyse; derrière la tête on perçoit une tumeur aussi grosse qu'elle, dont rien ne la sépare; la paroi postérieure du vagin se continue sans ressauts, sans la moindre impression du col, avec le cul-de-sac postérieur, puis la face inférieure de l'utérus; la tumeur est dure; pas de sensation de fluctuation ni de rénitence; le toucher rectal situe la tumeur dans le Douglas. Bref, par le toucher à ce moment, l'excavation est remplie, moitié par la tête, moitié par la tumeur. On décide la césarienne après avoir vu s'écouler du liquide fortement teinté de méconium. Les bruits du cœur sont bons.

Opération. — Anesthésie rachidienne. Comme on n'a pas pu cathétériser à cause de la position de la tête derrière la symphyse, la vessie gêne et l'incision utérine remonte un peu sur le corps.

Extraction facile de l'enfant, qui crie aussitôt. Suture de l'utérus difficile : l'organe est d'une friabilité excessive et saigne à chaque point; on dégage du Douglas un kyste de l'ovaire droit pédiculé. Amputation facile, mais péritonisation délicate et difficile. Fermeture de la paroi normale.

L'opération a duré deux heures dix. Au début R. A., au bout d'une heure, anesthésie générale à l'éther.

Suites opératoires. — Dans la matinée du 14, la malade semble aller bien. Dans la soirée, sa température monte avec le pouls. Facies grippé; on pense à une septicémie; le ventre a conservé sa souplesse, pas de pertes fétides. Le 15, l'état empire. Température, 40 degrés. Pouls, 160.

Tonicardiaques, sérum. Malgré cela, la malade va de plus en plus mal et expire le 16 août, à 13 heures.

Nécropsie. — Confirme le diagnostic de septicémie. Rien localement. Pas de pus, pas d'hémorragie interne.

Année 1930.

Nous avons relevé trois observations, nous n'en publions que deux, la troisième présentant peu d'intérêt, du fait que la température n'excédait pas 37°5. Tout s'est passé norma-

lement, sauf pour l'enfant, qui est mort quelques jours après de gastro-entérite.

OBSERVATION IV (8 juin).

(Docteurs GAUTRET, MAHON.)

Césarienne basse pour bassin rétréci après échec de forceps avant l'entrée de la malade. — Décès par péritonite quarante heures après. — Enfant mort trente-six heures après (fracture du crâne).

I-pare de 28 ans, porteuse de légers stigmates rachitiques des membres inférieurs. Entre dans le service le 8 juin dans la matinée, envoyée par deux médecins de la campagne. Le travail a commencé le 6 juin dans la soirée, les membranes se sont rompues à ce moment. Au matin du 8, plusieurs tentatives de forceps ont été tentées sans résultat (il paraît y avoir eu dérapage). A 11 h. 30, on trouve un utérus mesurant 36 centimètres sur la ligne médiane; le segment inférieur forme une voussure très nette, avec encoche au niveau du bord gauche. A la palpation : la tête, facilement perçue à travers le S. I. aminci, déborde nettement la symphyse; le corps utérin est constamment dur; l'anneau de Bandl très remonté. Les bruits du cœur sont réguliers, bien frappés, au-dessous de 100. Au toucher, la dilatation est presque complète, il y a une volumineuse bosse séro-sanguine qui masque les sutures, plonge dans l'excavation et ne permet pas l'exploration du crâne du fœtus, ni l'accès du promontoire. La température est de 37°6, le pouls de 108.

On fait 1 cm³ de morphine, les douleurs deviennent très atténuées. A 13 heures, opération, les B. D. C. restant absolument bons.

Opération. — Césarienne basse sous rachianesthésie. La température, au moment de l'intervention, est de 38°4. Le segment inférieur, très étiré, est oedématié. Protection très soignée du péritoine. A l'incision du S. I., un liquide verdâtre s'écoule et est rapidement aspiré par l'aspirateur. Le dégagement de la tête est rendu laborieux par la bosse séro-sanguine qui plonge dans l'exca-

vation. L'enfant est ranimé en cinq à dix minutes et crie assez bien. L'exploration du S. I. ne montre pas de lésions au niveau de la paroi postérieure.

Sutures habituelles et péritonisation en redingote. L'enfant est porteur de lésions crâniennes dues au forceps. La ponction lombaire ramène un peu de sang. Mort trente-six heures après.

Autopsie. — Fracture du pariétal en étoile.

Suites opératoires. — Moins d'une heure après l'intervention, la malade présente un frisson extrêmement intense, puis la température monte à 40°2, et le pouls est incomptable. Huile camphrée, sérum, abcès de fixation immédiat. Position de Fowler. Le lendemain matin, température, 37°5, pouls, 120. Le soir, elle monte à 39 degrés. Le 10 au matin, 39°5, facies un peu altéré, langue humide, urines abondantes. Le pansement est traversé. On enlève plusieurs points; un liquide sanieux et fétide s'écoule. La malade est portée sur la table d'opération; la paroi est putrilagineuse. On enlève le surjet aponévrotique et on se borne à ponctionner le péritoine sans ramener de pus. La malade succombe deux heures après, ayant présenté du météorisme sans nausées.

OBSERVATION V (28 décembre).

(Docteur MAHON.)

Epreuve du travail.

Césarienne basse pour bassin généralement rétréci.

I-pare de 24 ans à antécédents rachitiques évidents. Arrive de la ville le 28 décembre, à 18 heures, poche des eaux intacte; dilatation = petite palmaire.

Tête en G. P. au détroit supérieur, débordant légèrement. Bassin généralement rétréci; la tête, qui pointe, gêne pour atteindre le promontoire, mais la face antérieure du sacrum est accessible à moins de 10 centimètres. Rupture spontanée des membranes à 20 h. 30. La tête ne s'engage pas et rien n'appuie sur le col flasque. A 21 h. 15, la température est de 37°1. A 22 h. 15, elle atteint 37°8. On décide l'intervention à 23 heures.

Opération. — Césarienne basse sous R.A. (syncaïne, 0,10). Opération typique sans incident. Enfant vivant de 3 kg. 360.

Suites opératoires. — Le 7 janvier 1931, suppuration abondante de la paroi nécessitant l'ablation de trois crins à la partie moyenne de la cicatrice, et de deux crins à la partie inférieure. Mise en place de deux drains à ce niveau.

La malade sort le 27 janvier, guérie.

Année 1931.

Nous avons relevé 11 observations pendant l'année 1931. Nous publions les plus remarquables.

. OBSERVATION VI (11 janvier).

(Docteurs MAHON, SURVILLE.)

Césarienne basse pour anomalie de la dilatation.

Température avant la césarienne : 38 degrés.

II-pare de 33 ans.

Premier accouchement normal.

Début du travail à terme dans la nuit du 8 au 9 janvier. Rupture précoce des membranes le 9 au matin. Travail très lent malgré des douleurs fréquentes et énergiques. Morphine le 10 au matin. Le 10, à 16 heures, température, 38°2. A 18 heures, situation inchangée; le col, ouvert comme 5 francs, effacé, est épais et de consistance musculieuse à la périphérie. La température est de 38 degrés. A 21 heures, on décide d'opérer.

Opération. — Rachianesthésie. Le S. I. est court, malgré un décollement très poussé de la vessie; il est épais et adhérent au péritoine par des tractus fibreux qu'il faut sectionner et qui saignent. L'incision empiète sur la partie inférieure du corps, mais dans une zone où on a réussi à décoller le péritoine. Extraction facile d'un enfant de 3 kg. 600.

Suture habituelle de l'utérus. Le péritoine est d'abord suturé

verticalement, mais en paletot, et la vessie remontée très haut jusqu'au-dessus de la partie supérieure de l'incision, et suturée à points rapprochés au péritoine utérin. Sonde de Pezzer à demeure. Paroi en trois plans avec drain sous-péritonéal et trois crins doubles serrés sur bourrelet. Paroi totalement déficiente.

Suites opératoires. — Pas de signes péritonéaux. Le drain est enlevé le troisième jour, la sonde de Pezzer le sixième. L'enfant présente une plaque sphacélique sur la voûte du palais (au point de contact des doigts pendant l'extraction).

Température, 39°2; pas de signes pulmonaires. Bonne cicatrisation de la paroi.

OBSERVATION VII (13 janvier).

(Docteurs MAHON, SURVILLE.)

Bassin rétréci. — Epreuve du travail.

I-pare de 20 ans. Rupture prématurée des membranes le 14 janvier, à minuit. Début du travail le 14, à 8 heures. Contracture utérine et souffrance fœtale dans l'après-midi, cependant que la dilatation reste stationnaire (entre 2 et 3 francs). Morphine. La contracture cède à la troisième injection, et les B. D. C. s'améliorent. On prolonge l'épreuve du travail en surveillant la température d'heure en heure jusqu'au lendemain matin (la température reste au-dessous de 38 degrés, sauf un 38°7 passager à 6 heures). Le 15, à 7 heures, la dilatation est à grande palmaire, mais la tête est toujours élevée.

A 8 h. 30, on décide d'intervenir.

Opération. — R. A. (syncaïne, 0,10). Opération exsangue, typique, facile. Durée, quarante minutes. Le fœtus (3 kg. 400. Bi-P = 10,5) est dans un bain de méconium, mais il crie immédiatement.

Suites opératoires. — Normales. Guérison. Sortie le 10 février. Température avant l'accouchement, 38 degrés.

OBSERVATION VIII (18 juin):

(Docteurs GAUTRET, SURVILLE.)

Bassin rétréci. — Epreuve du travail. — Infection amniotique.

I-pare de 30 ans, arrivée de la ville le 18, à 13 heures, envoyée par le Professeur agrégé Rivière. P. S. P. = 10,5. Rupture prématurée des membranes le 16 juin, à 19 heures. Début du travail le 17, à 11 heures. A l'arrivée, situation stationnaire, col dilaté comme 2 francs, épais mais souple. Température, 37°9. Pouls, 100.

Une heure après, la température est à 38°5. Devant le progrès de l'infection amniotique, on décide de ne pas attendre davantage. Intervention à 15 h. 30.

Opération. — Anesthésie générale à l'éther après échec de la raché. Dégagement un peu laborieux de la tête à cause d'une bosse séro-sanguine assez accentuée. Aspirateur. Isolement soigneux du péritoine. Changement de gants après sutures. Après l'intervention, on expulse de gros caillots par expression utérine. Pouls à 140. Sérum intraveineux. Paroi en trois plans sans drainage. Enfant étonné, vite ranimé, exhalant une odeur légèrement fétide.

Suites opératoires. — Abscess de la paroi. Suppuration importante entraînant une déhiscence des plans superficiels étendus à la moitié inférieure de l'incision.

Le 11 juillet, suture secondaire avec drainage filiforme.

Le 20 juillet, ablation des points, cicatrice parfaite.

Sort le 30 juillet.

OBSERVATION IX (7 décembre).

(Docteurs MAHON et R. TRAISSAC.)

Anomalie de la dilatation. — Infection amniotique. — Anesthésie au chloroforme. — Hémorragie assez importante. — Enfant ranimé, mort au bout de sept heures.

II-pare de 38 ans. Premier accouchement long et laborieux, vingt ans auparavant, terminé spontanément.

Entre en travail à terme de façon très irrégulière et aurait, d'après sa sage-femme, souffert depuis le 3 décembre. Le Professeur agrégé Rivière est appelé auprès d'elle dans l'après-midi du 7. Il trouve un col non effacé, déhiscent, souple, épais, des membranes rompues depuis une date indéterminée. Au doigt il dilate ce col en manchette jusqu'à 5 francs, mais la tête est très élevée, et la température est à 37°5. On transporte la malade à l'Hôpital Boursier où elle arrive à 16 h. 30. Examen à 17 heures. Femme obèse. Température, 37°2. Hauteur de l'utérus, 38 centimètres. Même état local qu'à l'examen du Docteur Rivière. Pas de contractions. On donne 3 cachets de quinine à 0,50 de demi-heure en demi-heure. A 19 heures, température, 38°5; pouls, 100. On décide d'intervenir immédiatement.

Opération. — Echec de la ponction lombaire (adiposité). Chloroforme. Le segment inférieur est très mal constitué et très épais. L'incision doit remonter sur le corps pour dégager l'enfant dont la tête, très déformée, est coincée au D. S. Hémorragie assez abondante qui est maîtrisée par la suture rapide de l'incision à points séparés. Surjet musculo-musculaire d'enfouissement. Péritonisation en Y renversé. Paroi en un plan aux bronzes sans drainage.

Suites opératoires. — Normales. Guérison. Exéat le 27 décembre.

L'enfant est décédé sept heures après sa naissance.

Autopsie. — Congestion intense de tout l'encéphale.

Année 1932 : 2 observations.

OBSERVATION X (3 janvier).

(Docteurs MAHON, COURRIADES.)

Bassin légèrement rétréci. — Gros enfant. — Epreuve du travail.

Infection amniotique.

I-pare de 18 ans. A son entrée en salle, 4 janvier, à 19 h. 40, la malade a perdu les eaux, et la dilatation est à 50 centimètres. La tête pointe, gênant l'examen du bassin. On ne peut remonter jusqu'au promontoire. Le travail continue pendant la nuit et la journée du 5. Le 5, à 19 heures, température, 38°4; dilatation,

petite palmaire. A 21 heures, situation inchangée, tête non engagée. Température, 38°1. On décide la césarienne.

Opération. — R. A. (syncaïne, 0,40). Protection très minutieuse du péritoine et aspirateur électrique. Opération typique. Enfant de 4 kilos qui crie aussitôt. Paroi en un plan aux bronzes.

Suites opératoires. — Le 20 janvier, urines troubles. Examen cyto-bactériologique : forte réaction leucocytaire et nombreux coli. Pas de douleurs abdominales ni lombaires. Pas de température. 1 g. 50 d'urotropine par jour. Guérison.

OBSERVATION XI (19 février).

(Docteurs MAHON, G. PÉRY.)

Bassin légèrement rétréci. — *I-pare âgée.* — *Infection amniotique.*

I-pare de 34 ans. Entre dans le service le 18 février, à 16 heures, parce qu'elle a perdu quelques glaires sanguinolentes. Le travail se déclenche franchement à minuit, les membranes se rompent le 19 à 4 heures. Présentation du siège décomplété mode des fesses. La température reste à 37°3 pendant toute la journée et monte à 38°5 à 20 heures. Elle redescend à 37°8, à 21 heures. Les douleurs ont disparu et la dilatation est toujours au même point : entre 2 et 5 francs. Intervention à 22 heures.

Opération. — R. A. Opération typique. Paroi en un plan. Enfant vivant, 3 kg. 850.

Suites opératoires. — Normales. Guérison. Sort le 12 mars.

Année 1933 : 11 observations.

OBSERVATION XII (7 mars).

(Docteurs MAHON, CHASTAIGNER.)

Césarienne basse pour présentation du front.

V-pare de 28 ans. Antécédents dystociques. Entre en travail à terme le 5 mars, à 12 heures. Le 6, à 2 heures, à dilatation grande palmaire, on rompt les membranes. Le fœtus ne s'engage

pas et le col revient sur lui-même. Dans la nuit suivante, les contractions disparaissent. La malade est transportée de Captieux à Bordeaux (83 kilomètres), où elle arrive le 7, à 16 heures. H. U. = 30 centimètres. Inertie utérine secondaire. B. D. C. normaux. Tête élevée, mobile, col ouvert comme 5 francs. P. S. P. = 10,5.

Opération. — R. A. Opération typique. Grosse bosse séro-sanguine au-dessus de l'arcade sourcilière gauche, montrant que le fœtus (2 kg. 960) était en présentation du front.

Paroi en un plan aux crins.

Suites opératoires. — Bien que la malade ait été opérée quarante-trois heures après le début du travail, vingt-neuf heures après la rupture des membranes, après un trajet de 83 kilomètres en automobile, la température étant à 37°8 et le pouls à 110, les suites sont favorables.

Le lendemain, température, 38 degrés, pouls, 140. La malade est un peu ballonnée. Elle rend les gaz dans les délais normaux. La température descend en lysis de 38 degrés au-dessous de 37 degrés, où elle reste à partir du dixième jour. Pertes vaginales fétides. Les points sont enlevés le quatorzième jour, la paroi (en un plan aux crins) est en bon état; quelques fils ont coupé. Pas d'abcès de la paroi.

Sort en bon état le dix-neuvième jour.

OBSERVATION XIII (1^{er} septembre).

(Docteur MAHON.)

Bassin rétréci après tentative de forceps au D. S. — Phlébite à bascule des deux membres inférieurs.

II-pare de 32 ans. Premier accouchement : forceps. Le Docteur Mahon est appelé auprès de la malade le 1^{er} septembre à 13 heures. Le médecin de la famille a fait une application de forceps au détroit supérieur. Transportée à l'Hôpital Boursier, où on fait une césarienne. Début du travail le 31 août, à 21 heures. Rupture spontanée précoce des membranes le 1^{er} septembre à 4 h. 30.

Opération. — Opération typique. La température au moment de l'accouchement était de 37°9. Paroi en un plan. Enfant vivant, 3 kg. 600.

Suites opératoires. — Phlébite gauche, puis droite.

La malade sort le quatre-vingt-dix-neuvième jour après vingt jours d'apyrexie avec de l'œdème encore important de la jambe gauche.

OBSERVATION XIV. (1^{er} septembre).

(Docteur MAHON.)

Bassin rétréci après épreuve du travail. — Enfant mort le lendemain.

I-pare de 31 ans. Début du travail le 1^{er} septembre à 0 heure. Rupture des membranes à 6 h. 30. Dilatation complète en manchette à 16 heures.

Epreuve du travail négative. La température, restée normale jusque-là, s'élève brusquement à 38°8 (rectal) au moment de l'intervention.

Opération. — R. A. après éphédrine. Opération typique. Paroi en un plan. Enfant mort trente-six heures après, après une série de crises de cyanose.

Suites opératoires. — Cicatrice un peu étalée du fait de la supuration toute superficielle d'un crin de Florence. Sort le 21 septembre.

OBSERVATION XV (16 octobre).

(Docteur MAHON.)

Bassin rétréci. — Non-engagement. — Infection amniotique. — Septicémie à allure très grave d'emblée (strepto-hémolytique). — Emportée mourante le douzième jour.

I-pare de 21 ans. Arrive à l'Hôpital le 16 octobre, à 23 heures. Entrée en travail le 15 à midi. Rupture des membranes le 14, à 23 heures. Bassin très rétréci.

Température avant l'opération, 38 degrés.

Opération. — Césarienne basse typique sous R. A., après éphé-

drine. Enfant vivant, 2 kg. 750. Opération exsangue. Paroi en un plan aux crins.

Suites opératoires. — Le 17 octobre, à 7 h. 30, violent frisson, ascension de la température. Hémo-culture négative.

Le 18, à 0 h. 15, nouveau frisson suivi d'une température de 41°4. L'état général ne paraît cependant pas extrêmement atteint. Aucun signe de réaction péritonéale. Injection de 100 cm³ de sérum de Vincent le 18, à 15 heures. Nouvelle hémo-culture, positive, streptocoque. Malgré une injection quotidienne de 100 cm³ de sérum de Vincent et un abcès de fixation, la situation empire peu à peu, et la femme est emportée mourante.

OBSERVATION XVI (23 novembre).

(Docteur G. PÉRY.)

Anomalie de la dilatation. — Infection amniotique.

I-pare de 36 ans. Rupture des membranes le 22 novembre avant tout début de travail. Entre à l'hôpital le même jour, à 17 heures. Température, 37 degrés. Pas de contractions jusqu'au 23 novembre, 12 heures, où la température est de 38°1. Quinine renouvelée à 1 heure d'intervalle. Pas de résultats. A 17 heures, 1/2 centigramme de morphine, qui n'agit pas. La température s'élève davantage, 39 degrés; les B. D. C. deviennent irréguliers, issué de méconium constante. Devant l'état stationnaire et malgré les mauvaises conditions que présente la malade, on décide de terminer par une césarienne basse.

Opération. — A. R. Isolement de la grande cavité par des compreses. Dès l'incision de l'utérus, on tombe dans un véritable bain de méconium. Enfant péniblement ranimé. Lavage de la cavité utérine à l'éther. Sutures ordinaires. Paroi en un plan aux crins.

Suites opératoires. — La malade, qui toussait avant l'intervention, présente de nombreux râles. Eucalyptine. Révulsion. Ablation des crins le douzième jour.

Poussée de bronchite le quinzième. Sort le 16 décembre.

OBSERVATION XVII (6 décembre).

(Docteur G. PÉRY.)

Bassin rétréci. P. S. P. = 10. — Non-engagement de la tête.

O. C. B. tardive. — Enfant mort.

I-pare de 19 ans. Commence à souffrir chez elle le 4 décembre, à 19 heures. Un médecin appelé le 6 rompt la poche des eaux à 8 heures et tente, à 14 heures, l'application de forceps sur une tête non engagée au-dessus du détroit supérieur avec une dilatation ne dépassant pas 5 francs.

Arrive à Boursier à 16 heures. Femme fatiguée. Température, 38°5. Utérus contracté et incliné sur le côté droit. Dilatation, 5 francs. Bassin rétréci. L'enfant semble gros et tout entier au-dessus du D. S.

Opération. — Césarienne basse sous R. A. après éphédrine. A ce moment, la malade expulse un flot de méconium. L'enfant nage dans un véritable bain de méconium et ne pourra être ranimé.

Suture de l'utérus en deux plans. Péritonisation atypique. Paroi en un plan aux crins. Pendant l'opération, la malade présente quelques nausées, accélération du pouls, pâleur de la face, tous symptômes qui cèdent vite après une injection de caféine.

Suites opératoires. — Le dix-neuvième jour, douleur abdominale avec gros plastron dans la région sous-hépatique, très douloureux à la palpation, glace. Le plastron diminue.

Sort en bon état le 18 janvier.

Année 1934.

OBSERVATION XVIII (23 mars).

(Docteur G. PÉRY.)

Anomalie de la dilatation. — Menace de rupture externe.

Enfant mort. — Spécificité.

I-pare de 22 ans 1/2.

Perd les eaux le 19 mars, et depuis souffre sans que la dilatation avance. Envoyée de Soulac le 23 mars, à 3 heures.

Utérus contracturé nettement divisé en deux parties. Pas d'engorgement. Dilatation = petite p almaire. Température, 38°6; pouls, 120.

La contracture ne cède pas au chloroforme.

Tentative très prudente de basiotripsie. Le col ne cède pas et l'utérus moule absolument le fœtus.

Opération. — Césarienne basse sous anesthésie générale. Le S. I. est mince, étiré. Isolement par des compresses de la grande cavité. Extraction du fœtus pénible. Suture utérine en deux plans après injection d'hypophyse et ensuite d'ergotine, l'utérus se rétractant mal. Nettoyage soigneux de la cavité utérine. Paroi en un plan aux crins.

Suites opératoires. — Angine pultacée. Le septième jour, le corps utérin est douloureux, les lochies sont même légèrement fétides. Injections vaginales. Le neuvième jour, abcès de la paroi. Le treizième jour, phlegmon du ligament large droit. Le vingt-sixième jour, phlébite gauche. Le trente-huitième jour, phlébite droite. Sort guérie le 20 juin 1934.

OBSERVATION XIX (24 novembre).

(Docteur G. PÉRY.)

Bassin légèrement rétréci. — *Infection amniotique.* — *Phlébite.*

I-pare de 26 ans. Début du travail le 24 novembre à 5 heures. Perd les eaux à 7 heures.

La dilatation est complète à 20 heures. Arrive à la clinique à ce moment.

Tête au D. S. Température, 38°6; pouls, 100.

Devant ce bassin rétréci et l'infection amniotique, on décide de passer par voie haute.

Opération. — R. A. après éphédrine. Enfant vivant. Opération typique. Paroi en un plan aux crins.

Suites opératoires. — Phlébite.

Année 1935.

OBSERVATION XX (7 avril).

(Docteurs PÉRY, JAULIN.)

Anomalie de la dilatation. — Bassin rétréci.

Césarienne segmento-corporéale itérative.

II-pare de 32 ans. Début du travail le 7 avril, à 9 heures. A 21 heures, la dilatation est de 2 francs, poche des eaux rompue. Température, 38°6. M. le Professeur Andérodias, consulté par téléphone, conseille de passer par voie haute sans pousser l'épreuve du travail.

Opération. — R. A. après éphédrine. Excision de la cicatrice antérieure. Décollement du péritoine très difficile. Cependant, on trouve à la partie antérieure du cul-de-sac vésico-utérin un plan de clivage, mais on est vite arrêté par un plexus veineux très important, qui oblige à décoller à la compresse avec beaucoup de difficultés la partie inférieure de cet espace. Du côté utérin, le péritoine extrêmement fin se déchire et ne se décolle pas.

L'incision portant sur le S. I. déborde légèrement sur le corps. Extraction pénible d'un enfant de 4 kg. 220, vivant. Grosse hémorragie (hypophyse). Suture difficile de l'utérus au niveau du S. I. Péritonisation atypique avec le péritoine vésical. Paroi en un plan aux crins. On laisse un drain sus-pubien qu'en enlève trente-six heures après.

Suites opératoires. — Pendant une dizaine de jours, céphalées violentes, plus marquées le soir, et qui ont cédé lentement à des injections d'eau distillée et à l'application de vessies de glace sur la tête.

OBSERVATION XXI (28 août).

(Docteurs G. PÉRY, GRENET.)

Rupture prématurée des membranes. — Infection amniotique

IV-pare de 29 ans. Bassin canaliculé. Perd les eaux le 26 août, à 17 h. 30. Début du travail le 27 août, à 19 heures. Dilatation

très lente, qui arrive péniblement, le 28 août, à 9 heures, à 1 franc. La température s'élève à mesure.

- 23 h. 45, dilatation 50 centimes. Température, 37°6;
2 h. 30, dilatation 50 centimes. T., 38°7 (3/4 cm³ morphine);
4 h. 15, dilatation 50 centimes. T., 38°2 (1/2 cm³ morphine);
8 h. 30, dilatation 1 franc. T., 38°1;
9 h. 30, dilatation 1 franc. T., 38°2.

Hypertonie, le col devient dur, œdématié. On décide l'O. C. B.

Opération. — R. A. complétée par un peu d'éther pour la paroi.

Opération typique. On lave la cavité utérine à l'éther. Enfant vivant, 3 kg. 260. Paroi en un plan aux crins.

Suites opératoires. — Normales. Guérison. Sort le 14 septembre.

OBSERVATION XXII (16 octobre).

(Docteurs G. PÉRY, GRENET.)

Albuminurie. — Infection amniotique. — Souffrance fœtale.

I-pare de 16 ans. Malade très infiltrée et présentant une notable quantité d'albumine. Elle n'a suivi aucun régime malgré les conseils qu'on lui a donnés. Amenée par sa sage-femme, le 16 octobre, à 22 heures. Tête mobile au-dessus du D. S. Travail durant trente et une heures. B. D. C. bons. Poche des eaux rompues depuis 5 heures. Dilatation, 2 francs. Température, 38°8; tension artérielle : Mx, 25; Mn, 11. Vu l'infection amniotique et l'état de pré-éclampsie, on décide de passer par voie haute.

Opération. — Césarienne basse sous R. A. après éphédrine. Enfant vivant, 3 kg. 450. Paroi en un plan aux crins.

Suites opératoires. — Normales. Sort le 4 novembre 1935.

II. — *Maternité de Pellegrin.*

Nombre total des observations : 36.

Année 1926.

OBSERVATION XXIII (16 octobre).

(Docteur BALARD.)

*Césarienne basse pour non-engagement de la tête
après trente-quatre heures de travail. Température, 38°3.*

I-pare de 23 ans ayant présenté pendant sa grossesse un ventre en obusier très saillant.

Après vingt-quatre heures de travail, la tête reste élevée sans tendance à l'engagement. Après trente-quatre heures de travail, la température s'élève à 38°3 sans modifications du col ni de l'engagement.

Opération. — Césarienne basse sous R. A. La vessie gêne pour le décollement du cul-de-sac vésico-utérin. L'enfant, très gros (4 kg. 750), doit être extrait au forceps. L'incision s'agrandit un peu par en haut en déchirant le péritoine décollé. Hémorragie par inertie assez abondante malgré la R. A. Sutures habituelles. On recouvre la suture par la vessie, qui est attirée en haut jusqu'au sommet de l'utérus, le péritoine utérin étant déchiré.

Suites opératoires. — Normales. Guérison. Exéat le 20 novembre.

OBSERVATION XXIV (14 août).

(Professeur ANDÉRODIAS.)

*Césarienne basse chez une femme fébrile (37°7) dont l'œuf est ouvert
depuis trente-six heures. — Tête au détroit supérieur.*

II-pare de 31 ans. Perd les eaux le 14 août dans l'après-midi.

Le col non effacé, est perméable, la tête, haute, déborde légèrement. Malgré la quinine et la flexion, les douleurs efficaces et

régulières ne s'installent que le 15 août à 16 heures. La dilatation atteint à minuit 5 francs, puis reste stationnaire. La tête n'a aucune tendance à s'engager. La température atteint 37°5, puis 37°6. Aussi, devant l'arrêt du travail, malgré de bonnes douleurs, on intervient.

Opération. — Anesthésie au chloroforme (R. A. impossible). Malgré la rétro-pituitrine, l'utérus saigne énormément le 16 août, à 23 heures. Enfant vivant, 3 kg. 020.

Suites opératoires. — Normales. Guérison le 9 septembre.

Année 1929.

OBSERVATION XXV (15 septembre).

(Docteur BALARD.)

Contracture utérine. — Infection amniotique.

II-pare de 36 ans. Première grossesse à 34 ans : siège, enfant mort pendant l'extraction, anomalie de la dilatation, infection amniotique. R. A., dilatation manuelle, grande extraction, forceps tête dernière.

Grossesse actuelle : Rupture des membranes le 15 septembre, vers 8 heures. Bassin normal, tête mobile au D. S. Utérus dur, constamment tendu (1 cg. morphine). Orifice externe ouvert comme 2 francs, orifice interne contracturé à 1 franc. Liquide amniotique paraissant légèrement teinté de méconium. Température, 38°2. Le travail ne se modifie pas durant l'après-midi. La température monte et atteint 38°6 vers 21 heures. B. D. C. modifiés. On décide de terminer par voie haute.

Opération. — R. A. Odeur fétide du liquide amniotique, purée de méconium. Gros drain de caoutchouc. Enfant vivant : 3 kg. 150.

Suites opératoires. — Dès l'extraction de l'enfant, la malade frissonne. Une demi-heure après l'opération, violent frisson. Température, 40°6; pouls, 150. Sérum sous-cutané. Huile camphrée. Absès de fixation. Septicémie intraveineuse. Foyer pneumonique au niveau du poumon droit. Sérum antipneumo, Eucalyptine.

Sort en bon état le 21 octobre.

OBSERVATION XXVI (25 avril).

(Professeur PÉRY.)

Bassin rétréci. — Infection amniotique.

I-pare de 25 ans. Admise d'urgence à la Maternité le 25 avril : en travail depuis trois jours; membranes rompues depuis vingt-quatre heures, et il y a de l'infection amniotique (température, 37°8). Dilatation à palmaire, tête au D. S. La malade a eu une luxation congénitale double de la hanche, un seul côté a été réduit. L'examen du bassin montre qu'il est considérablement touché (rachitisme surajouté). C'est un bassin rétréci dans toutes ses dimensions.

Opération. — R. A. Opération typique. Très bonne rétraction utérine après la délivrance. Température avant l'opération, 37°8; pouls, 130. Enfant vivant, 2 kg. 980. Température après l'opération, 36°9; pouls, 100. Sulfarsénol.

Suites opératoires. — Normales. Sort le 16 mai.

Année 1931.

OBSERVATION XXVII (15 février).

(Docteurs BALARD, G. PÉRY.)

Bassin légèrement rétréci.

I-pare de 23 ans. Le bassin paraît peu touché dans ses diamètres antéro-postérieurs. Malgré cela, on a toujours noté une disproportion notable entre ce dernier et la tête fœtale débordant au-dessus de la symphyse. Entre en salle le 15 février, à 1 heure. Col en voie d'effacement. Le 15, dans la matinée, la température s'élève à 37°8. On n'a remarqué à aucun moment d'écoulement du liquide. La température s'élève graduellement, elle est de 38°3 à 18 heures. L'orifice interne est ouvert comme 1 franc; le col non complètement effacé, tête toujours très élevée.

Opération à 18 h. 15 (température, 38°3). — A l'ouverture de l'utérus, on remarque la sortie à flot d'un liquide purulent, il existait autour de l'utérus une nappe de liquide louche avant l'ou-

verture du segment inférieur. Ecoulement sanguin assez notable au cours de l'intervention.

On place un gros drain qu'on se propose de laisser pendant quarante-huit heures en place. L'opération est faite sous R. A., quelques bouffées de chloroforme sont nécessaires. Sérum artificiel, huile camphrée. Septicéminé intraveineuse. Enfant vivant, 3 kg. 480.

Suites opératoires. — Normales. Sort le 29 mars.

Année 1933.

OBSERVATION XXVIII (16 août).

(Docteurs BALARD, MAHON.)

Contracture utérine. — Infection amniotique.

III-pare de 35 ans ayant accouché deux fois dans des conditions normales.

Grossesse actuelle : le travail débute le 14 août, à 2 heures, par la rupture des membranes. Entre en salle le même jour à 5 heures. Fœtus paraissant assez volumineux en O. I. D. T. Tête très élevée, n'affrontant pas le D. S. Col dur, long. B. D. C. bons. Quelques contractions. Le 15 août, la situation reste inchangée. La tête est retenue au-dessus du S. I. par un demi-anneau de contracture siégeant en arrière et latéralement. Utérus dur. Contractions insuffisantes. Malgré 2 centigrammes de morphine, 1 spas-malgine, le travail ne progresse pas. Température, 36°8. B. D. C. bons. On décide d'attendre.

Le 16, à 19 heures, la température s'élève à 37°5 et atteint bientôt 38°3, en même temps les contractions deviennent plus fortes, l'anneau est un peu plus perméable, mais les B. D. C. se modifient.

Opération. — R. A. Le S. I. n'étant pas constitué, l'incision porte sur le muscle utérin. Enfant de 3 kg. 800 couvert de méconium et dégageant une odeur fétide. Suture en un plan (crins doubles).

Suites opératoires. — Normales. La température tombe. Septicémine. Sort le 22 septembre en bon état.

Année 1934.

OBSERVATION XXIX (14 décembre).

(Professeur PÉRY.)

Bassin rétréci. — Col non dilaté. — Tête au D. S. — Infection amniotique. — Souffrance fœtale.

II-pare de 24 ans. Première grossesse terminée il y a deux ans par une basiotripsie.

Le bassin est légèrement touché, la dilatation ne progresse pas. Contracture utérine. Membranes rompues depuis vingt-quatre heures. Infection amniotique; température, 39 degrés. B. D. C. sourds et irréguliers. Tête au D. S. A cause des antécédents on pratique une césarienne basse.

Opération. — R. A. Extraction facile d'un enfant vivant, 3 kg. 660, mais hémorragie abondante. Fermeture de la paroi en un plan aux fils d'argent.

Suites opératoires. — Phlébite gauche. Sort le 4 février en bon état.

OBSERVATION XXX (28 août.)

(Professeur PÉRY.)

Bassin canaliculé. Température, 38°5.

I-pare de 20 ans. Début du travail le 28 août à 9 heures. Les douleurs se poursuivent normalement. A 18 heures, dilatation petite palmaire. Col souple, mince. Tête fixée, dont le grand diamètre n'a pas franchi le D. S. A ce moment, la poche des eaux se rompt. Liquide amniotique légèrement teinté de méconium. Utérus dur et tendu. 1 cm³ morphine. A 22 heures, le travail n'a pas avancé. Température, 38°5. On intervient.

Opération. — R. A. Opération typique. Paroi en un plan. Enfant vivant, 3 kg. 350.

Suites opératoires. — Lymphangite mammaire. Sort le 12 septembre en bon état.

OBSERVATION XXXI (23 juillet).

(Docteurs MAHON, CORNETTE DE SAINT-CYR.)

Contracture utérine. — Anomalie de la dilatation.

Non-engagement de la tête.

I-pare de 19 ans. En travail depuis le 22 juillet. Le 23, à 5 heures, la dilatation est à 5 francs. Tête non engagée. On décide de rompre les membranes et on fait une injection de morphine. L'utérus, qui était contracturé, se relâche un peu, et les douleurs deviennent intermittentes. A 9 heures, la dilatation ne progresse pas, l'utérus reprend sa contracture. A 16 heures, dilatation : 5 francs, tête au-dessus du D. S., utérus très dur, douleurs continues. Bruits fœtaux réguliers, mais légèrement assourdis. Température, 37°6.

L'écoulement amniotique est légèrement fétide. On se décide à pratiquer une césarienne basse.

Opération. — R. A., puis chloroforme, car la malade pousse. On retire facilement la tête, qui n'a pas franchi le détroit supérieur.

Suites opératoires. — Normales. Sort le 15 août en bon état.

Année 1935.

OBSERVATION XXXII (16 mai.)

(Docteurs BALARD, DARAIGNEZ.)

Bassin rétréci. — Infection amniotique. — Phlébite double.

I-pare de 37 ans présentant un bassin canaliculé, promontoire accessible loin. Grossesse à terme. Début du travail le 16 mai, à 22 heures. Rupture spontanée des membranes un heure après. Les douleurs se continuent toute la nuit et la journée du lendemain. Le 16, à 23 heures, la dilatation a atteint petite palmaire, la tête est toujours au D. S. On rompt les membranes tendues qui existaient encore : purée de méconium, fétidité du liquide amniotique. B. D. C. irréguliers. Température, 37°8.

Opération. — R. A. Pas d'incidents opératoires. En raison du début d'infection amniotique, on place une mèche.

Suites opératoires. — Fébriles. Le sixième jour, phlébite droite. Sort le 12 juillet en bon état. Enfant vivant, 3 kg. 420.

OBSERVATION XXXIII (4 août).

Anomalie de la dilatation. — *Infection amniotique.*

I-pare de 34 ans. 8 mois 1/2. Début du travail le 4 août, à 8 heures. Col entier à orifice externe fermé (agglutination). Fœtus petit en O. I. D. T. Sommet non engagé. Utérus tendu, peu de contractions malgré 1 cm³ de morphine. Dans la journée, on arrive à ouvrir l'orifice externe du col. L'orifice interne est ouvert comme 2 francs. Le 5, à 1 heure, rupture large des membranes, qui sont tendues au-devant de la présentation. Le sommet descend un peu, mais le travail n'avance guère. Spasmalgine, morphine, etc.

A 17 heures, la dilatation est à 2 francs, col épais et dur. La température atteint 38°7. B. D. C. bons.

Opération. — R. A. Pas d'incidents opératoires. Paroi en un plan. Enfant de 2 kg. 600, qui crie aussitôt.

Suites opératoires. — Normales. Sort en bon état, le 7 septembre.

CHAPITRE III

COMMENTAIRES DES OBSERVATIONS

Etudions d'abord les observations qui se sont terminées par le décès de la mère.

Sur les 3 décès, nous n'en relevons qu'un seul par péritonite. La femme a succombé à une péritonite primitive. On avait cependant procédé à la protection très soignée du péritoine et on avait utilisé l'aspirateur. Le travail durait depuis deux jours, et les membranes avaient été rompues au début du travail. Nous ne croyons donc pas qu'il faille incriminer un défaut de technique, la protection du péritoine ayant été réalisée soigneusement.

La mortalité par myocardite doit être éliminée du fait que l'intervention a été déterminée par un placenta prævia. La femme aurait succombé de toute façon, quel que soit le genre d'opération choisi. Les constatations *post mortem* ont montré d'ailleurs l'absence de toute réaction péritonéale, la régression normale de l'utérus, l'intégrité des sutures. Nous n'avons pas publié cette observation pour cette raison.

Les deux décès par septicémie auraient peut-être pu être évités en pratiquant l'hystérectomie d'emblée. Mais l'état général des malades, leur température (38° et 38°7) ne justifiaient pas pareille intervention. Peut-être aurait-on pu associer au traitement chirurgical une médication anti-infectieuse préventive intense. Cette méthode a donné de bons résultats dans les nombreux cas où le Docteur Balard l'a employée à Pellegrin. L'hémoculture n'a été positive, il est vrai, qu'après l'accouchement, et le sérum de Vincent injecté à hautes doses a été aussi impuissant que l'abcès de fixation.

Nous pensons que, dans ces cas, seule l'hystérectomie aurait pu sauver ces malades.

Le dernier décès par phlegmon du ligament large survenu le vingt-deuxième jour après l'intervention ne donne pas matière à longs commentaires. La femme est morte malgré la colpotomie.

MORBIDITÉ. — Le pourcentage de morbidité (43,2 p. 100) est assez élevé. Mais quelques complications ne doivent pas être impliquées à l'intervention.

L'abcès de la paroi ne s'est rencontré que 6 fois (8 p. 100), alors que L'Huiller, dans sa statistique de Boursier (Thèse Bordeaux, 1931), trouve un pourcentage de 12 p. 100. Cette amélioration est due à la suture de la paroi en un plan, préconisée par M. Mahon et pratiquée depuis 1931 dans les Hôpitaux de Bordeaux.

Les phlébites sont au nombre de 8, dont 2 à bascule. Cette complication n'a rien d'exceptionnel et n'est pas propre à ce mode d'intervention.

Quant aux autres complications, elles sont banales.

Nous ne relevons qu'une seule complication du côté du péritoine : un plastron douloureux de la région sous-hépatique qui a cédé assez rapidement au traitement par la glace. Cela indique, une fois de plus, la valeur de la péritonisation dans la césarienne basse, qui a pratiquement éliminé le risque de péritonite secondaire. L'hémorragie, par contre, s'est rencontrée dans un assez grand nombre de cas (13). Elle ne fut d'ailleurs jamais mortelle et a été assez facilement tarie.

L'emploi de l'éther ou du chloroforme, en cas d'échec ou d'impossibilité de rachi-anesthésie, a été la cause de quelques-unes. Les hémorragies de la R. A. n'ont jamais été abondantes. L'hypophyse et l'ergotine les ont victorieusement combattues.

ETAT DU FŒTUS. — Mortalité, 6, soit 8 p. 100.

Nous pouvons dire que dans plusieurs cas la césarienne basse nous a fait gagner des vies humaines. Deux enfants étaient morts après des applications de forceps. Ce qui dimi-

nue considérablement le pourcentage. Un est mort de gastro-entérite quelques jours après. Pratiquement, le pourcentage devient infime.

EPREUVE DU TRAVAIL. — Dans 16 cas, l'épreuve du travail a été négative et on a pratiqué la césarienne basse avec succès.

DÉTAILS DES OPÉRATIONS. — Césariennes segmento-corporeales, 6.

Deux ont été nécessitées par la gêne qu'apportait le vide incomplet de la vessie.

Une a été faite parce que l'utérus était en dextro-torsion.

Les trois autres, pour constitution insuffisante du segment inférieur. Dans tous les cas, la péritonisation a été parfaite.

L'extraction de la tête a été difficile dans 3 cas, du fait souvent de la présence de bosses séro-sanguines volumineuses.

Le drainage (drain, mèche, Mikulicz) a été appliqué 7 fois.

Il y a eu 3 péritonisations atypiques.

La fermeture de la paroi en un plan aux crins ou aux bronzes a été réalisée dans 26 cas.

INCIDENTS OPÉRATOIRES. — En dehors des hémorragies dont nous avons parlé plus haut, on a relevé les incidents suivants :

Une fois le péritoine a été déchiré du fait de l'agrandissement de l'incision causée par la présence d'un gros enfant.

On a observé une inversion utérine facilement réduite.

Dans une observation, la parturiente a manifesté des nausées, de l'accélération du pouls et de la pâleur de la face. Tous ces phénomènes ont facilement cédé à une injection de caféine.

Dans un autre cas, la malade a vomi et poussé à la fin de l'intervention.

On a enfin noté 2 hémorragies après délivrance, peu importantes.

Parmi les indications qui ont fait pratiquer l'intervention, les dystocies osseuses dominant (42 cas). On a fait 4 césariennes après tentatives de forceps faites en dehors de l'hôpital.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de l'étude de nos observations ?

La mortalité expurgée d'un cas (placenta prævia) nous donne un pourcentage de 4,5 p. 100.

Si nous faisons le pourcentage dans les trois catégories que nous avons déterminées, nous trouvons :

1^{re} catégorie : (1 cas [placenta prævia] éliminé), 0 p. 100;

2^e catégorie : 3 cas, 15,7 p. 100;

3^e catégorie : 1 cas, 11,1 p. 100.

Nous pouvons en déduire que, dans les cas déjà un peu fébriles, la césarienne basse donne d'excellents résultats.

Dans les cas infectés, avec température élevée (mais ne dépassant pas 39°), elle donne encore des résultats appréciables, qui ne sont pas plus mauvais que ceux des autres césariennes conservatrices (opération de Portes, 12 p. 100).

Dans les cas très infectés (40° de température et au-dessus, état général très atteint, etc.), il ne viendra à l'idée de personne de faire une césarienne basse.

L'Ecole strasbourgeoise, qui, sous l'impulsion de Schickelé, opérait tous les cas infectés, a elle-même changé sa manière de faire depuis quelques années et recommande de réserver ces cas aux opérations mutilatrices.

C'est donc à l'hystérectomie que nous nous adresserons.

CONCLUSIONS

I. — Dans l'infection amniotique, il faut avant tout vider l'utérus. Si la dilatation est complète ou facile à compléter, c'est à la voie basse qu'on s'adressera, sinon on passera par voie haute.

II. — Quand un accouchement s'éternise, il n'existe aucun critère clinique sûr qui nous permette de diagnostiquer le degré exact d'infection. La température nous paraît être le signe le plus constant.

III. — Le diagnostic du degré de l'infection sera laissé au tempérament de l'accoucheur, qui jugera de l'interprétation à donner aux différents signes cliniques.

IV. — La césarienne basse est une excellente opération dans les cas purs et les cas douteux.

Elle donne aussi d'excellents résultats dans les cas légèrement fébriles.

V. — Les cas infectés avec température modérée et bon état général sont justiciables de la césarienne basse.

VI. — Les cas très infectés avec un état général profondément atteint et grande élévation thermique doivent être traités par les opérations mutilatrices.

VII. — L'infection amniotique n'est pas à redouter dans l'épreuve du travail, la césarienne basse nous permettant d'intervenir au bon moment.

VIII. — On ne laissera pas l'infection s'aggraver et on opérera le plus rapidement possible toutes les fois qu'on le pourra.

Cependant, la césarienne basse nous laisse une marge de temps très grande.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- ANDÉRODIAS. — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 15 avril 1928;
Journ. de méd., 1930.
- ALVAREZ (Ricardo). — Les césariennes à l'Hôpital Lariboisière.
Thèse Paris, 1929.
- AUDEBERT et FOURNIER. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1923.
- BALARD (P.). — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, avril 1928,
déc. 1930; *Journ. de méd.*, 1930.
- BALARD (P.) et MAHON. — La place de la césarienne basse dans la
thérapeutique obstétricale. *Marseille médical*, 5 août 1928.
- BEQUIGNON. — Thèse Paris, 1935.
- BEUTNER. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1923; *Gyn. et obst.*, 1921.
- BRAULT. — Les possibilités actuelles de la césarienne. *Progrès médical*, 1931, p. 234-237.
- BRIGHT BRANNISTER. — Caesarean section in infected case of obstructed labour. *Journ. of Obst. and Gyn. of the British Empire*, n° 3 et 4, vol. 28, 1921.
- BRINDEAU. — *Presse médicale*, 1926.
- BRINDEAU et CANONNE. — Technique de la césarienne basse (indications, résultats). *Journ. méd. franç.*, janv. 1930.
- BURGER. — *Strasbourg médical*, 1926, 1929.
- CATHALA. — De la valeur de la césarienne transpéritonéale basse. *Presse médicale*, 10 mars 1926.

(1) Nous remercions le « Monde médical » pour les renseignements qu'il nous a obligeamment fournis.

- COUVELAIRE. — *Soc. d'obst. et de gyn.*, nov. 1925.
- ENEA. — Taglio cesareo sopras infisario. *Pagine sanitarie*, août 1929, n° 8, A. VII, p. 309.
- ENGELHARDT. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. Thèse Paris, 1926.
- FABRE. — Précis d'obstétrique, t. II.
- GAIFAMI. — A propos de 50 cas d'opérations césariennes transpéritonéales sur le segment inférieur. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, janv. 1923.
- GELLÉ. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. Thèse de Lille, 1930.
- GROSSE. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mai 1927.
— Les résultats de la césarienne basse (2^e statistique personnelle). *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, déc. 1929, p. 721-731.
- GROSSE et LEROUX. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mars 1927.
- GUÉNIOT. — *Bulletin médical*, 17 mai 1930.
- HARRIS et BROWN. — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1927.
- HENROTAY. — *Gyn. et Obst.*, 1931.
- JEANNIN. — Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides. Thèse Paris, 1902.
- KOUWER. — *Gyn. et obst.*, 1921.
- L'HUILLIER. — La césarienne basse à la clinique d'accouchements de Bordeaux. Thèse de Bordeaux, 1931.
- MAHON. — Comment éviter les suppurations de la paroi abdominale après césarienne basse : la paroi en un plan. *Gyn. et obst.*, 1933.
- MERGER (R.). — La césarienne tardive. *Gyn. et obst.*, 1933, p. 574 et p. 664.
- MARASSI. — Thèse Paris, 1925.
- PHANEUF. — La césarienne supra-symphysaire. *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 3 juill. 1926, *Bruxelles médical*, 26 sept. 1926.
- PÉRY (J.). — La césarienne basse à la Maternité de Pellegrin de Bordeaux, *Journ. de méd. de Bordeaux*, sept. 1931.
- PORTES et RISACHER. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1926.
- RISACHER. — Thèse Paris, 1928.
- SCHICKELÉ. — *Gyn. et obst.*, 1921-1925.

SUREAU. — Thèse Paris, 1927.

VAUDESCAL. — Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1927.

WALTHARD. — La nouvelle césarienne en cas de physométrie et de fièvre pendant le travail. *Schweiz. Medic. Wochenschrift.*, 1922, n° 7.

WINTER. — *Zentralblatt. f. gyn.*, 1929.

